

WELFARE TO WORK 플랜 - ACTIVITY ASSIGNMENT CHANGE (활동 지정 변경서)

참가자 성명

케이스 명

케이스 번호

WELFARE TO WORK 담당자 성명

본인이 (날짜) _____에 서명한 WELFARE TO WORK 플랜 - ACTIVITY ASSIGNMENT 이 다음과 같이 변경되었습니다.

본인은 상기 변경 내용을 검토했으며 그에 동의합니다. 본인은 본인이 (날짜) _____에 서명한 Welfare to Work 플랜 - Activity Assignment(활동 지정서)의 다른 내용은 계속 적용됨을 이해합니다.

본인은 Welfare to Work 의 지원 서비스에 대한 필요성을 Welfare to Work 담당자와 검토했습니다. 본인은 본인이 필요로 하는 지원 서비스와 제공에 필요한 준비가 끝날 때까지 참가하지 않아도 됨을 이해합니다. 본인은 Welfare to Work 서비스의 필요성이 변경되거나 더 이상 필요로 하지 않는 경우, 그 사실을 Welfare to Work 담당자에게 즉시 알려야 함을 이해합니다. 그러한 변경 내용을 미리 보고하지 않는 경우 Welfare to Work 플랜은 그 비용을 지불하지 못할 수 있습니다.

증명

본인은 본인의 Welfare to Work 플랜에 본 Activity Assignment Change(활동 지정 변경서)와 Welfare to Work 플랜 - 권리 및 의무, Welfare to Work 플랜 - Activity Assignment(활동 지정서) 그리고 Welfare to Work 안내서가 포함됨을 이해합니다. 본인은 상기 양식들에 나와 있는 Welfare to Work 의 활동과 서비스 그리고 Welfare to Work 참가자로서의 권리와 의무에 대한 설명을 들었음을 이해합니다. 본인은 질문이 있을 경우 본인의 Welfare to Work 담당자에게 문의할 수 있음을 이해합니다.

본인은 본 Activity Assignment Change 에 서명한 후 그 조건을 3일 동안 고려해 볼 수 있음을 이해합니다. 본인은 본 Activity Assignment Change 조건의 변경을 원하는 경우, 그 사실을 본인의 Welfare to Work 담당자에게 (날짜) _____ 까지 알려야 함을 이해합니다. 본인의 Welfare to Work 담당자에게 그 날짜까지 알리지 않는 경우 본 Activity Assignment Change 가 확정되는 것으로 간주합니다. Welfare to Work 플랜이 본 Activity Assignment Change 의 변경에 동의하며 본인인 새 지정서에 서명하는 경우, 새 Activity Assignment Change 가 확정되는 것으로 간주함을 본인은 이해합니다.

본인은 본 Activity Assignment Change 를 읽고(또는 제삼자가 본인에게 읽어주었으며) 이해하며, 그 사본을 받았습니다. 정당한 사유 없이 본인의 의무를 준수하지 않는 경우, 그에 해당하는 벌칙이 있으며 본인의 현찰 보조금에 영향이 있음을 본인은 이해합니다.

참가자 서명 ▶	날짜 -
WELFARE TO WORK 담당자 서명: ▶	전화번호 날짜